

Nievergelt, Hans-Ulrich

## **Legasthenie? Ein Fall nichtdeutender Kinderanalyse, der diese Frage stellt**

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 31 (1982) 3, S. 93-98*



Quellenangabe/ Reference:

Nievergelt, Hans-Ulrich: Legasthenie? Ein Fall nichtdeutender Kinderanalyse, der diese Frage stellt - In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 31 (1982) 3, S. 93-98 - URN: urn:nbn:de:0111-opus-8625 - DOI: 10.25656/01:862

<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0111-opus-8625>

<https://doi.org/10.25656/01:862>

in Kooperation mit / in cooperation with:

**Vandenhoeck & Ruprecht**

**V&R**

<http://www.v-r.de>

### **Nutzungsbedingungen**

Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

### **Terms of use**

We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document.

This document is solely intended for your personal, non-commercial use. Use of this document does not include any transfer of property rights and it is conditional to the following limitations: All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

### **Kontakt / Contact:**

**peDOCS**  
DIPF | Leibniz-Institut für Bildungsforschung und Bildungsinformation  
Informationszentrum (IZ) Bildung  
E-Mail: [pedocs@dipf.de](mailto:pedocs@dipf.de)  
Internet: [www.pedocs.de](http://www.pedocs.de)

Digitalisiert

Mitglied der

  
Leibniz-Gemeinschaft

# Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie

Zeitschrift für analytische Kinder- und Jugendpsychologie, Psychotherapie,  
Psychagogik und Familientherapie in Praxis und Forschung

Herausgegeben von R. Adam, Göttingen · A. Dührssen, Berlin · E. Jorswieck, Berlin  
M. Müller-Küppers, Heidelberg

31. Jahrgang / 1982

VERLAG FÜR MEDIZINISCHE PSYCHOLOGIE IM VERLAG  
VANDENHOECK & RUPRECHT IN GÖTTINGEN UND ZÜRICH

# Legasthenie?

Ein Fall nichtdeutender Kinderanalyse, der diese Frage stellt

Von Hans-Ulrich Nievergelt

## Zusammenfassung

Vom Fall einer Legasthenie mit Anzuständen ausgehend wird die Möglichkeit diskutiert, sich vom Legasthenieverständnis als nosologischer Einheit zu lösen und sie im psychoanalytischen Sinne als Symptom zu verstehen. Den üblichen, an kognitiven Lerntheorien sich orientierenden (Verhaltens-)Therapieformen wird ein psychoanalytisches Konzept gegenübergestellt, das im ätiologischen Ansatz neben Verdrängungen im Sinne der Triebtheorie auch solche im Bereich des Narzißmus, der Trauer und des Verstehens berücksichtigt.

## I. Vorbemerkung

Das sogenannte Legasthenie-Problem erfährt heutzutage im Raum der Volksschule eine große Bedeutung. Sowohl Schulbehörden wie Fürsorgeeinrichtungen engagieren sich offiziell und finanziell erheblich um die Beseitigung dieser Störung. Dies mit dem Ziel, die im übrigen Persönlichkeitsbild des Legasthenikers meist vorhandene, durchaus normale Intelligenz auch schulisch zur Entfaltung zu bringen, d.h. dem Schüler zu entsprechender Schulleistung zu verhelfen und ihm damit seine möglichen Berufschancen zu erhalten.

## II. Kasuistik

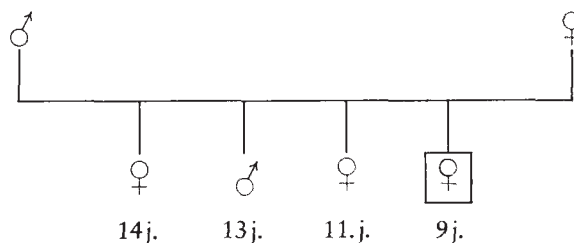
### 1. Christine M.

Überwiesen vom Schulpsychologen. Der Untersuchungsbericht spricht vom Hauptsymptom einer „mittelschweren Legasthenie“ auf dem Hintergrund einer „Angstbereitschaft vor allem im Aufbau der mitmenschlichen Beziehungen und damit im Zusammenhang stehende Intelligenz- und Denkstörungen“. (3.Fabel: Lämmchen „ist vielleicht nicht auf Wiese gegangen. Hat jeden Tag Milch gehabt. War nicht gewöhnt und soll jetzt plötzlich keine Milch mehr haben“.) IQ: 106 (alter Biäsch.) In der Familien-Tier-Zeichnung erscheint Vater als Biber, Mutter als kleiner Hase, Ch. selber als kleiner Hund. Baumzeichnung zeigt unharmonisches Wachstum und asthenisch-phobische Züge; eine Sonne scheint oben rechts, zum Teil durch Wolken verdeckt.

Die eigene Anamnese ergab zudem: Geboren im November, knapp 9jährig, also relativ „jung“ in der damals 3. Primarklasse. Vater: unteres Kader im Bereich Fertigung eines Industriebetriebs, athletisch-massig, ruhig-zurückhaltend, unterschwellig aber eher verhalten-vitaler Typ (in Familienzeichnung als Biber!). Mutter etwas ängstlich (Hase!); sie hat eigene Angst aber anscheinend mit Fürsorgeverhalten gut kompensiert. Stattliche Erscheinung, bäurischer Mamma-Habitus; kaptative Neigung spürbar, aber nicht

auffällig. Familie lebt im Eigenheim in einer Kleinstadt. Unauffälliger, bürgerlich-geordneter Lebensstil der Mittelschicht.

Ch. ist das jüngste von 4 Kindern:



Schwangerschaft sei somatisch normal gewesen. Im 7. Monat aber verlor die Mutter ihre Eltern durch einen Flugzeugabsturz und stand von da an längere Zeit unter lähmender Schockwirkung, die noch über die medizinisch unauffällige Geburt Ch.s hinaus anhielt, denn sie sei „wie gelähmt“ gewesen und hätte zunächst nicht aus der Gebärdklinik fort und nach Hause gehen wollen. Konnte Ch. nie stillen. Mit 3 Monaten trat bei Ch. erstmals Herttersche Krankheit auf (unter der auch die älteste Schwester seit ihrem 7. Jahr leidet) und sie stehe seither unter spezialärztlicher Kontrolle mit entsprechender Diät. Habe mit knapp 3 Jahren in den Ferien in den Bergen nach Heidelbeeren essen kolikartige Anfälle mit Bewußtlosigkeit gehabt. Der lokale Arzt habe akute Blinddarmentzündung diagnostiziert und Ch. notfallmäßig in bewußtlosem Zustand ins nächstgelegene Spital eingeliefert. Aus äußeren Gründen habe die Mutter beim Erwachen des Kindes aus der Narkose nicht anwesend sein können. Als sie später dazu kam, sei Ch. völlig desorientiert und sehr verängstigt gewesen, habe sich im Krankbett stundenlang an die Mutter geklammert und sie nicht gehen lassen wollen. Noch heute wolle sie auf keinen Fall, daß auf der Autofahrt zu jenem Feriendomizil in der Ortschaft jener Klinik angehalten werde und würde auch unter keinen Umständen in deren weiteren Umgebung das Auto verlassen. Große Angst vor allen weiß gekleideten Medizinalpersonen ist geblieben; weigert sich, z.B. allein eine Drogerie zu betreten.

Mit 5 Jahren war wegen der Hertterschen Krankheit eine einwöchige Hospitalisation zwecks Nachkontrolle nötig. Ch. habe damals durch eine Krankenschwester von der Mutter weggelockt werden müssen, damit Mutter überhaupt wieder hätte heimgehen können.

Es besteht pavor nocturnus, mind. 1 × pro Woche, zeitweise jede Nacht: kürzlich sehr gehäuft und lang andauernd nach Lehrerwechsel. Ch. schlafe nie ein, ohne daß Mutter am Bett sitze.

Ch. gerate in panische Angst, wenn sie von der Schule heimkomme und die Mutter einmal nicht da sei. Da könne sie zusammengekuscht auf der Kellertreppe sitzen und 1–2 Stunden untröstlich in sich hineinweinen. Sie würde auch nie allein für die Mutter etwas besorgen oder einkaufen gehen. Ihr ausgesprochener Liebling ist „Danny“, ein etwas verwahrloster Pudel aus der Nachbarschaft.

Aus dem Kindergarten sei bekannt, daß Ch. beim Spielen oft allein in einer Ecke anzutreffen war und dabei still in sich hineinweinte.

Körperliche Erscheinung: Grazioler, leptosomer Körperbau, vorsichtig-tastend verhaltener Gang, feingliedrige Hände, verschlossene, aber doch differenzierte Mimik.

## 2. Therapie-Verlauf

Äußerer Umstände halber erfolgt die Therapie bei Ch. zu Hause, in der Regel 2 Mal wöchentlich.

Zur 1. Stunde muß Ch. zuerst außer Haus gesucht werden, sie habe „dringend“ zum Füttern ihrer Meerschweinchen weggehen müssen. Ich warte im Wohnzimmer am Eßtisch. Sie erscheint schließlich, äußerst ängstlich und scheu. Sie mutet mich an wie ein verwundetes Reh, das Hilfe sucht und doch am liebsten fliehen würde.

Ich sage ihr, daß mir der Schulpsychologe von ihr erzählt habe und ich sie nun einmal habe besuchen wollen. Ob sie gern spiele? Sie antwortet nicht und schaut – wie später noch manches Mal – verschlossen geradeaus und nickt dann nach einiger Zeit. Ich ziehe ein Pflanzen-Memoryspiel aus dem Kofferchen und frage, ob sie das kenne. Nach einigem Schweigen verneint sie mit dem Kopf. Ich erkläre ihr das Spiel. Ich bin erstaunt, daß sie ohne weiteres mittut und sogar gewinnt. Wir spielen das gleiche Spiel noch zwei Mal, wobei sie auch einmal verliert, aber ohne spür- oder beobachtbare affektive Beteiligung. Auf meine Frage, ob ich sie übermorgen wieder besuchen solle, nickt sie, ohne aber ihre starre Mimik aufzugeben. Die ganze Stunde verläuft von Ch.s Seite her, außer wenigen „ähm“, „hm“, „ähä“ und wenigen „ja“ und „nein“, a verbal.

In der 2. Stunde bringe ich ihr einige Löwenzahnblätter für ihre Meerschweinchen mit. Wir füttern sie gemeinsam draußen im Gehege. Sie nennt mir auf meine Frage hin die Namen der Tiere. Wünscht wieder „Memory“ zu spielen; tut es aber noch immer fast ausschließlich wortlos und affektiv verhalten.

In der 3. Stunde frage ich sie nach den ihr liebsten Tieren. Sie nennt Roß, Hund und Maus. Ich bitte sie, mir das liebste zu zeichnen. Sie malt „Danny“, den Pudel. Dann frage ich sie nach den bösesten Tieren. Sie nennt: Elefant, Fuchs, Löwe. Sie malt einen Elefanten mit großem Rüssel, aber schwachen, mehrmals gebogenen und aufwärts gerichteten Stoßzähnen. Auf meine Frage, warum der Elefant so böse sei, antwortet sie:

- „Er könnte mich mit den Beinen zertrampeln“,
- „Er könnte uns mit den Stoßzähnen aufspießen“
- „Er könnte uns mit dem Rüssel am Kopf packen“

Sie würde vor einem Elefanten ins Haus flüchten, am ehesten ins Badezimmer, weil man dort die Rosen vor dem Fenster sähe.

In der 4. Stunde versuche ich ihr zu erklären, warum ich überhaupt komme. Ich sage nichts von Schule und Legasthenie, sondern erwähne es sei wegen ihrer Ängstlichkeit und ihrem Alleinsein. Da beginnt sie leise und schluchzend zu weinen, wie in sich hinein, sagt aber kein Wort. Ich erliege der Versuchung, an die Elefantenzeichnung anknüpfend, einen Schritt weiter zu gehen und frage behutsam, aber direkt, ob sie schon einmal so zertrampelt und überfahren worden sei, daß es – ich zeige auf meine Bauchhöhle – einen „Schranz“ gegeben habe. Sie verneint verständnislos und fast kritisch-mißtrauisch.

Es folgt eine Besprechung mit der Mutter. Ich empfehle ihr, soweit es ihr möglich sei, sich hie und da mit in die Angst Ch.s hineinzustellen, aber mit getroster Stimmung. Sie ist willig und scheint auch zu verstehen, was ich damit anspreche.

In der 5. Stunde erwartet mich Ch. zum ersten Mal selber im Wohnzimmer (ohne daß man sie rufen oder suchen mußte) und lächelt sogar ein wenig. Sie hat ein Würfelspiel aus ihrem Zimmer mitgenommen und folgt ohne Zögern meinem Vorschlag, damit auf dem Boden zu spielen. Das Eis scheint, trotz der unzeitigen Deutung in der letzten Stunde, gebrochen.

In den nun folgenden Stunden spielen wir ungerichtet. Ch. zeigt sich zunehmend gelöster und lächelt öfter. Sie bevorzugt immer mehr den Sceno-Kasten und inszeniert darin viele Zärtlichkeitswünsche (Baby liegt auf Fell etc.) sowie Eßanlässe.

Ich ermuntere die Mutter in einer Besprechung, dem körperlichen Zärtlichkeitsbedürfnis Ch.s nachzugeben, ohne den Gedanken, es wäre eigentlich in diesem Alter nicht mehr nötig. Sie solle es vielmehr – gerade beim jüngsten Kind – möglichst auch selber genießen, damit Ch. dabei nicht Schuldgefühle entwickle. Wieder scheint die Mutter zu verstehen und zeigt sich kooperativ.

In einer der folgenden Stunden will mir Ch. ihr Zimmer zeigen, das sie mit einer Schwester teilt. Von nun an finden die Stunden dort statt. Sie spielt mir oft Lieder auf der Blockflöte vor, beginnt während des Malens oder Spielens immer mehr kleine Episoden zu erzählen oder sonstwie zu plaudern.

Nach etwas 2 Monaten spreche ich mit Einverständnis von Ch. und den Eltern zum ersten Mal mit der Lehrerin, einer jungen, mütterlichen Pädagogin mit überdurchschnittlich emphatischer Begabung. Sie berichtet, daß Ch. aufgehört habe, „plötzlich grundlos still zu weinen“. Sie sei in Gedanken zwar noch oft abwesend und erkläre dann, sie haben eben an „Danny“, den verwahrlosten Pudel, gedacht. Mit der Legasthenie habe es sich etwas gebessert, insbesondere beim Lesen; die Rechtschreibung bereite noch Mühe, von einigen ihr selbst unerklärlichen Ausnahmen abgesehen, wo Ch. plötzlich in der Lage sei, fast fehlerfrei zu schreiben.

Nach etwa 3 Monaten verwendet Ch. beim Sceno erstmals den Fuchs, versteckt hinter einem Baum, bereit, ein bewohntes Haus anzugreifen. Ich deute wieder nichts, erkläre aber der Mutter, es würde mich nicht wundern, wenn Ch. anfangs, die bewußt gewährten Zärtlichkeiten auszuschlagen und überhaupt etwas ungefügig zu werden. Die Mutter erwidert, dies habe bereits etwas angefangen;

Ch. gebe manchmal plötzlich so schnoddrige Antworten, weine aber hernach, wie wenn es ihr leid täte. Ich erkläre der Mutter meinen Eindruck, daß Ch.s Weg aus der Angst vermutlich über die Angrifflichkeit und Frechheit gehen werde; sie möge Äußerungen davon wenn möglich nicht gleich mit Entrüstung zurückweisen.

Während etwa eines Monats erscheint der Fuchs (und einmal sogar das Krokodil) nun fast jedes Mal im Sceno, zwar nie in einer Aggressionshandlung, aber immer in irgend einer Bereitschaftsform dazu. Ich habe dauernd das Gefühl, Ch. wolle mich zu einem Urteil darüber herausfordern. Ich hüte mich, abzugeben, sehe aber den Fuchsinszenierungen immer interessiert zu, manchmal Erklärungen erbittend.

Bald ersucht mich die Mutter dringend um ein Gespräch. Meine Voraussage habe sich bewahrheitet, „und wie“; Ch. sei plötzlich „so richtig frech“ und schnoddrig, stampfe dabei oft mit dem Füßen auf den Boden und wende dabei gleichzeitig den Kopf ruckartig von ihr und dem Vater weg; sie sei bockig und beleidigend, verweigere plötzlich den Gutenachtkuß und Zärtlichkeiten überhaupt, sage den Eltern schon im Wohnzimmer unten vor der Türe aus gute Nacht und schlafe allein ein. Das nächtliche Aufschreien sei verschwunden. Sie (Mutter) freue sich natürlich, aber es sei alles so neu und so plötzlich. Mit Tränen in den Augen erklärt sie sich aber bereit, dieses für sie nicht leichte Benehmen des Kindes zu ertragen, „wenn es wirklich hilft“.

Diese aggressive Periode dauerte etwa drei Wochen und löste sich dann schrittweise auf. Ch. fand zu einer altersgemäßen Zärtlichkeit zurück. Die Mutter berichtet, sie lege nun auch den Weg zur Schule und zum kirchlichen Unterricht allein (ohne Schulkameradin) zurück, mache allein Besorgungen für sie und habe sich sogar – zum Entsetzen der Mutter! – allein in den Trubel eines größeren Volksfestes begeben. In der eben zurückliegenden Ferienwoche habe sie sich an einem Jugendskirennen beteiligt und sei 2. Rang gefahren.

Mir gegenüber wurde sie in den Stunden zunehmend zurückhaltender und abweisender, sagte oft, zwar rechtzeitig, aber unter Vorwänden Sitzungen ab und bat schließlich, „sie doch wieder zu lassen“, d. h. abzubrechen.

Es folgte noch ein Gespräch mit den Eltern, bei dem ich sie bat, mir Rückfälle oder sonstige Auffälligkeiten zu melden.

Die Lehrerin berichtete vom fast gänzlichen Verschwinden der Legasthenie (Sprachnoten 5/4,5), die sich nur noch gelegentlich im Rechnen, beim Zahlenlesen- und -schreiben bemerkbar mache. Dauer: 42 Stunden in 10 Monaten.

### 3. Katamnese nach 2 Jahren

Mu. berichtet, die Entwicklung von Ch. sei erfreulich verlaufen. In der Schule habe sie eine Freundin gefunden. Die Ängste hätten sich fast ganz zurückgebildet. Wenn plötzlich fremde Leute aufträten, zeige sie zwei Reaktionen: Entweder sie werde ganz still und wage sich erst nach und nach zu äußern, oder sie stelle sich vor die Leute hin und „rezitiere“ in leierhaftem Ton: „Ich heiße Christine X, geboren am ..., wohnhaft in ...“ etc.

Sie gehe allein zur Musikschule in die Stadt. Sie sträube sich aber, ins Schulsilager zu gehen, weil sie sich dort allein fühlen würde.

Sie wolle noch hie und da der Mutter auf dem Schoß sitzen, gehe aber verschämt weg, wenn die Geschwister sie deswegen auslachten.

Die Menarche steht noch aus (11,5 J.)

Die Angst vor Ärzten ist geblieben. Wenn die Familie in X beim Spital vorbeifahren, wo damals die Operation stattfand, zeige Ch. noch immer Scheu und Ablehnung. Auch zeige sie Angst vor dem Spezialarzt, der sie ambulant in einer Klinik wegen der Herterschen Krankheit behandelt. Diese werde sich, nach einer kürzlichen Auskunft dieses Arztes an die Mutter, nicht mehr bessern. Ch. würde zwar hie und da die Diät durchbrechen und doch eine Semmel oder andere mehhlhaltige Speisen zu sich nehmen, wenn ihr darnach gelüstet. Hätte aber dann deswegen gleichwohl keine Beschwerden gezeigt.

Von mir habe Ch. seit Abschluß der Analyse nicht mehr gesprochen, mit einer Ausnahme: Vor 3 Tagen sei sie mit einer Ölkreidezeichnung aus der Analysezeit (geritzter Fisch) aus ihrem Zimmer nach unten gekommen und hätte sie der Mutter gezeigt, ohne Kommentar. Die Schulleistungen seien konstant gut geblieben: Rechnen 5, Sprache 5/4,5.

## III. Diskussion

Der Versuch, die sogenannte Legasthenie auf eine nosologische Einheit zusammenzuschneiden, wird heute mehrheitlich aufgegeben (*Graichen* 1975, S.52). Eine verbindliche Definition des Begriffes findet sich nach *Graichen* nur im deutschsprachigen, nicht aber im angelsächsischen, französischen oder russischen Raum. Der Autor empfiehlt, den Begriff Legasthenie „am besten zu meiden“, da es nach *Schenk-Danziger* (1971) angesichts solcher Divergenzen in der Auffassung der Legasthenie „ein Akt der persönlichen Entscheidung des jeweiligen Untersuchers bleibt, ob ein Kind als Legastheniker angesprochen werden soll oder nicht. Und entsprechend schwanken auch alle Zahlenangaben über die Häufigkeit dieses Störungsbildes etwa zwischen 5 und 25%. Aber selbst bei vorsichtiger Einschätzung wird man mit etwa 1–3 Legasthenikern in jeder Schulklasse rechnen“ (*Graichen* 1971, S.52). *Lutz* (1968, S.214) nennt 5 bis 10%.

Mit zu berücksichtigen wäre die Vermutung einer „polyätiologischen Teilleistungsschwäche des Zentralnervensystems“ (*Graichen* 1975, S.53), die sich bei der Bewältigung so hochkomplizierter Techniken wie Sprachbenützung, Lesen und Orthographie als Behinderung auswirkt (*ibid*). Wenn es also im Grunde keine allein mögliche Ätiologie gibt – weder „minimal brain disfunction“, noch einfach generell „Lernschwäche“, so hat die Legasthenie den Charakter einer nosologischen Einheit verloren. Es wäre somit zu fragen, wie diese Störung überhaupt zu verstehen ist.

Von der Psychoanalyse Freuds ausgehend, müßte man Legasthenie wohl zunächst verstehen als „Symptom“. Dies im Sinne eines psychodynamischen Vorganges, als „Anzeichen und Ersatz einer unterbliebenen Triebbefriedigung, ein Erfolg des Verdrängungsvorganges“ (*Freud* 1925, SA VI, S.237). Verdrängt würde – nach unserer Erfahrung mit Legasthenikern – in vielen Fällen der unbefriedigte Wunsch



nach Liebe, innere Nähe der Eltern und Anspruch auf Erfahrung von väterlichen Führerrolle. So kommt denn auch meistens zur Legasthenie eine ausgesprochen resignativ-depressive Komponente hinzu. Das legasthenische Symptom wäre dann gleichsam als Signal und Ruf nach Gewährung eben dieses Entbehrten zu verstehen. Im Sinne *M. Kleins* (1932 S. 191) als „Angstverarbeitung (unter Zuhilfenahme der Projektions- und Verschiebungsmechanismen)“.

Die heutigen Bemühungen um Legastheniker orientieren sich vorwiegend an den neueren kognitiven Lerntheorien: Ein Wegtrainieren der leistungshemmenden Störung durch Konditionieren und Verstärken – pädagogisch formuliert also ein verstehendes Üben und somit einer der vielen im pädagogischen Feld praktikablen Arten von Verhaltenstherapie:

Von da her sind U.E. auch viele der positiven Ergebnisse erklärbar. Erfolge treten aber wohl auch des Umstandes wegen ein, daß in einer solchen Legasthenie-Therapie – mit oder ohne Absicht – der Wunsch, das verdrängte Defizit an liebender Zuwendung aufzufüllen, agiert werden kann:

Im schützenden, warmen und ermöglichenden Raum einer Du-Beziehung zum Legasthenie-Therapeuten.

Damit bleibt aber aus psychoanalytischer Sicht die Frage bestehen, was denn – auch bei positivem Ausgang einer solchen Therapie – eigentlich geschehen sei.

Zwei Möglichkeiten bieten sich an. Die eine: Das Training hat im Sinne einer Verhaltenstherapie genützt, d.h. das Symptom ist verschwunden. Mit andern Worten: Die schulische Leistung kann wieder IQ-entsprechend erbracht werden. Der Lehrer spricht von Besserung, die bezahlenden Instanzen von Erfolg.

Die andere: Das Verschwinden des Symptoms bedeutet im psychoanalytischen Sinn ja noch nicht Gesundheit. Es wäre also denkbar, daß das Kind das Symptom aus Resignation aufgegeben hat, etwa (avermal natürlich) so: „Meine schlechten Schulleistungen werden nicht als Signal meiner tieferen Not verstanden, also bessere ich z.B. mein Lesenkönnen“. Im Ergebnis verstärkt sich also nur die stumme Depression, bzw. sie wird vielleicht erst stumm.

Ebenso denkbar und auch beobachtbar ist folgendes: Das Symptom verschwindet zwar aus dem bisherigen somatopsychischen Bereich, verschiebt sich aber auf irgendeine organische Störung, z.B.: der ehemalige Legastheniker näßt plötzlich ein oder bekommt Einschlafstörungen. D.h., die Schule hat sich der Störung entledigt, sie aber via veran-stalteter und finanzierter Therapie ins Elternhaus zurück-delegiert. Dort geht man mit dem neuen Symptom zum Mediziner oder Psychologen und erwartet eine Heilung von einem Leiden, dessen eigentliche Ätiologie (sei es z.B. im Symptom der Legasthenie oder der Enuresis) im konkreten Fall ja meist unbekannt ist, bzw. bestenfalls als gute Theorie vorliegt. Es stellt sich also einmal mehr die Frage nach der „richtigen“ Ätiologie und Genese, die dann ein therapeutisches Handeln mit wenig Zweifeln indizierte. Diese Frage ist aber, abgesehen von den eher seltenen eindeutig organisch bedingten Legasthenieformen (etwa im Rahmen des POS-Syndroms), die somatomedizinisch auch mit Erfolg behandelt werden, bisher nicht zufriedenstellend beantwortet worden und – so unsere Auffassung – außerhalb

eines psychoanalytischen Konzepts wohl auch kaum zu finden.

In unserm Fall der Christine M. verstanden wir das legasthenische Symptom als Appell zur Hilfe, jenes traumatisierende Erlebnis der Operation unschädlich, d.h. aus der Verdrängung hervortreten zu lassen mit dem Ziel, es zu verarbeiten. Die Operation selbst kann (im Erleben für das Kind) verstanden werden als postödpale fantasierte Sexualangst (z.B. das „Aufspießen“). Und wenn man Ch.s Erklärung, der Elefant könne sie „mit den Beinen zertrampeln“ oder „mit dem Rüssel am Kopf packen“, hinzunimmt, wäre in letzter Konsequenz wohl an eine kindliche Form eigentlicher Todesangst zu denken.

Diese (im subjektiven Erleben) bei der Operation entstandenen Ängste mußten von Ch. verdrängt werden, um ertragen werden zu können und waren ätiologisch wirksam in den Absenzen und der Trauer, von der die Lehrerin berichtete. Das Aufkommen aggressiver Manifestationen im Verhalten zur Mutter verstanden wir mehrfach bedingt: Einmal im Sinne *A. Freuds* (1936, S.90) als „Identifizierung mit dem Angreifer“. Im weiteren wurde jenes Ausgeliefertwerden ans Spital bzw. dessen Chirurgen mit dem Schneidewerkzeug von Ch. als eine Art Frustration der narzißtischen Bedürfnisse erlebt, als Läsion des „Körperselbst“ (*Kohout* 1973 B, S.527 und 530), die mit Stampfen (wie Mutter berichtete) als narzißtische Wut (*Kohout*, 1973 B, S.527 und 1973 A, S.184 u. a.) vom Kind her im analytischen Prozeß beantwortet wurde. Daß tief empfundene Angst, Isolation und Trauer zu aggressiven Impulsdurchbrüchen führen können, beschrieb schon *Aichhorn* (1925, S.144ff.) eindrücklich und er berichtet auch vom „Wutweinen“ (S.151) seiner Zöglinge. Auch unsere Erfahrung zeigt mehrfach, daß viele Legastheniker trotz latenter oder manifester Bockigkeit oder Frechheit im Grunde genommen zu einer gesunden, d.h. gesteuerten Aggressivität nicht fähig waren, sondern unter der Oberfläche zu apathisch-depressiver Verstimmung neigen. Betrachtet man nun z.B. den Leseakt als eine aggressive Handlung, als geistige Eroberung der Welt durch Sprache, als ein Sich-Bemächtigen von Buchstaben, Wörtern und deren Sinnzusammenhang, d.h. also als eine genuine Ich-Leistung im psychoanalytischen Sinne, dann müßte man wohl geradeaus sagen: Der Legastheniker leidet im Grunde an Ich-Schwäche, d.h. in diesem Falle an der Unfähigkeit, sein aggressives Potential gesteuert in den Dienst des störungsfreien Verstehens von Zeichen, Wörtern und deren Sinn zu stellen. D.h. mit andern Worten: Der Legastheniker wäre im Sinn – und Verstehensbereich neurotisch.

Das seinerzeitige Verlassenseins Ch.s beim Aufwachen aus der Narkose kam angstverstärkend hinzu und führte im Sinne eines complex d'abandon zu einer akuten Trennungsangst, die Ch. mit der Gewohnheit bekämpfte, die Mutter immer bei sich zu haben, bzw. nicht ohne sie oder andere Personen (Mitschülerin) sich auch nur auf den Schulweg zu begeben. Ch.s Legasthenie und Verlassenseinsängste wären also im Sinne *Dührssens* (1971<sup>8</sup>, S.54) so verstehbar, „daß das gesamte Lebensgefühl eines Kindes erworbenerweise die Tönung ängstlich-beunruhigter Erregtheit erhält, wenn

frühe Eindrücke überwiegend Angst, Unruhe und Mangel-erlebnisse mit sich brachten“.

Wir meinten denn auch, Ch.s Legasthenie primär als reaktiv zu verstehen und sahen das Krankenhaus trauma mindestens als auslösenden Faktor, wenn auch nicht als alleinige Ursache der Störung an. *Ferenczi* (1933, S.307) hatte seinerzeit wieder die Bedeutung des (Real)traumas hervorgehoben, „das als krankmachendes Agens nicht hoch genug angeschlagen werden“ könne. Wir meinen, man dürfe gerade heute, wo der soziale Kontext einer Störung stark in der Diskussion hervortritt, diesen Gesichtspunkt nicht vernachlässigen.

Ein weiteres wäre noch in Betracht zu ziehen: Die Mutter berichtete ja anamnestisch vom traumatischen Verlust ihrer Eltern infolge Flugzeugabsturz, als sie mit Ch. im 7. Monat schwanger war und von da an bis über Ch.s Geburt hinaus „wie gelähmt“ gewesen sei. Weist diese Schilderung ihres Zustandes nicht darauf hin, daß es der Mutter zu jener Zeit nicht gelang, den traumatischen Verlust in wirklicher Trauer zu verarbeiten, sondern genötigt war, diese gleichsam unter jene „Lähmung“ zu verbannen? Wir wissen noch zu wenig über pränatale Interaktionen, um von da her ätiologische Hypothesen zu wagen. Hingegen wäre u.E. nicht auszuschließen, daß Ch. die Trauer der Mutter schon in jener frühesten Zeit per delegationem übernommen hat (und z.B. im späteren „grundlosen In-Sich-Hineinweinen“ signalisierte), sei es zur Entlastung der Mutter oder auch mit deren unbewußter Absicht, diese Trauer (später) im Deleat am Kind zu verarbeiten. Es war ja immerhin die Mutter, die Ch. anfänglich zum Schulpsychologen brachte, dann auch in der Therapie willig und verständig in dem Sinne mitarbeitete, daß sie diese nicht nur nicht störte, sondern ein Stück Trauer an sich selbst zuzulassen begann.

Auch stellen sich Fragen zur Gefühlswelt der Mutter, die von ihr im mütterlich-fürsorglichen Bereich wohl weitgehend erlebt und gelebt wurde, während ein differenziertes Fühlen und Einfühlen noch wenig entwickelt schien. So ist denn auch zu fragen, ob es nicht vielleicht gerade die von ihr (noch) ungeleistete Trauerarbeit war, die ihr den differenzierteren Zugang zur eigenen Gefühlswelt versperrte oder jedenfalls erschwerte.

Bei Ch. kam noch die Hertersche Krankheit hinzu. Diese Störung kam aber nicht in die Therapie hinein. Zweifellos lagen hier parallel zur somatischen Dimension auch Wurzeln im oralen Phasenbereich. Es kam aber immer wieder zum Ausdruck, daß die Eltern nur ungern darüber sprachen und diese Störung nur körperlich-medizinisch betrachtet haben wollten – ja, daß sie diese vermutlich im Sinne *Zulligers* (1951, S.102) oder *Richters* (1963, S.94ff.) als (Ehe)kitt „brauchten“ und gar nicht zur Bearbeitung in die Analyse hergeben wollten, bzw. konnten. Es lag damals nicht in unserer Absicht, den Herter bewußt auszuklamern, also ein Vorgehen etwa nach *Malan* (1965) oder *Maeder* (1965) zu wählen. (S.a. *Meyer*, 1975). Es war eher die ganze Situation, aus der sich diese Begrenzung gleichsam ergab.

Schließlich wäre zum Vorgehen, zur sogenannten „Technik“, noch etwas anzumerken. Die Fragen: deutend? nicht deutend? reine Spieltherapie? usw. stellten sich in diesem

Sinne eigentlich nie. Wie erwähnt, fanden die Analysestunden aus äußern Gründen im Elternhaus statt. Damit war gleichsam von selbst jenes Vorgehen praktiziert, (Hausbesuch zu Anfang der Analyse), wie *Berna* (1973, S.35f.) es als hilfreich schildert.

Unbewußtes Material im Sinne *M. Kleins* nach dessen Erkennen durch den Analytiker sogleich zu deuten, versuchten wir in jener vierten Stunde, aber ohne Erfolg. Das Operationstrauma war aber bereits zu tief der Amnesie verfallen, als daß es so direkt wieder hätte ins Bewußtsein zurückgerufen werden können. So verfuhrten wir denn auch im Sinne *Zulligers* (1951, 65ff.) vorwiegend deutungsfrei und averbal, indem wir neben Zeichnungen v.a. mit Hilfe des Sceno-Kastens Ch. ihren Konflikt darstellen ließen (*Zulliger* 1951, S.66) und ihren Selbstheilungstendenzen zur Verarbeitung freie Bahn gewährten. Natürlich blieb dann nach Beendigung der analytischen Arbeit die Frage offen, ob es sich lediglich um eine „Übertragungsheilung“ bzw. Remission gehandelt habe. Diese Befürchtung erwies sich jedoch in der katamnestischen Abklärung, die 2 Jahre darnach erfolgte, glücklicherweise als gegenstandslos.

Als letztes bleibt, wie immer, die grundsätzliche Frage nach dem therapeutischen Agens offen. (Vgl. dazu *König* 1974, 3ff.) Die psychoanalytischen Konzepte und deren Techniken sind da zweifellos von unschätzbarem Wert. *Zulliger* (1951, S.74) war der Meinung, „daß es gerade bei der Kinder-Psychotherapie“ so sehr auf die Persönlichkeit des Therapeuten ankomme, auf das „ihm wesenhaft Unfaßbare, das wirkt – die Aura seiner Seins-Dichte, in die das Kind tritt und es berührt“. In ähnlicher Richtung scheint auch *Berna* (1973, S.61, 84, 90 u.a.) das Problem zu sehen. Wir meinen, daß diese Frage im Letzten unbeantwortet bleiben wird und es vielleicht ihrem Wesen nach bleiben muß; oder um es mit dem Analytiker und Volksschullehrer *Zulliger* (1951, S.7) zu sagen: „Le secret d'ennuyer, c'est tout dire!“

## Summary

*Dyslexia? A Case of Noninterpretative Child Analysis in Which This Question Arose.*

Based upon a case of dyslexia combined with anxiety a discussion is presented concerning the possibility of ceasing to understand dyslexia as a nosological entity but rather of considering it as a symptom in the psychoanalytic meaning of the world. The generally applied forms of (behavioral) therapy, oriented towards cognitive theories of learning are compared with a psychoanalytical concept which, in its etiological approach, takes into account repressions in the light of instinct theory, but also of narcissism, sorrow, and understanding.

## Literatur

*Aichhorn*, A.: Verwahrloste Jugend. Die Psychoanalyse in der Fürsorgeerziehung. (1925) zit. nach Ausgabe Verlag Huber, Bern 1971. – *Berna*, J.: Kinder beim Analytiker. München (1973). – *Freud*, A.: Das Ich und die Abwehrmechanismen (1936). zit. nach

Kindler-TB 2001, München. – *Dies.*: Einführung in die Technik der Kinderanalyse. zit. nach München/Basel 1970<sup>5</sup>. – *Freud, S.*: Hemmung, Symptom und Angst (1925). SA (Studienausgabe) Bd. VI, Frankfurt 1971. – *Dührssen, A.*: Psychogene Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. Göttingen 1917<sup>8</sup>. – *Ferenczi, S.*: Schriften zur Psychoanalyse. Bd. II (1932) Sprachverwirrung zwischen den Erwachsenen und dem Kind, zit. nach *R. Meyer zur Capellen*: „Kinderpsychotherapie heute“. *Psyche* 7/1975, S. 595. – *Graichen, J.*: Kann man legasthenische und dyskalkulatorische Sprachschwierigkeiten voraussagen? *Praxis* (24/1975, Heft 2, S. 52 ff.). – *Klein, M.*: Die Psychoanalyse des Kindes (1932) zit. nach Kindler-Tb, München 1973. – *Kohut, H.*: Narzißmus. Eine Theorie der psychoanalytischen Behandlung narzißtischer Persönlichkeitsstörungen. Frankfurt/M. (1973 A). – *Ders.*: Überlegungen zum Narzißmus und zur narzißtischen Wut. *Psyche* (1973 B, Heft 6, S. 513 ff.). – *König, K.*: Was ist in der Psychoanalyse therapeutisch

wirksam? in: *Materialien zur Psychoanalyse und analytisch orientierten Psychotherapie*, Göttingen/Zürich (1974, Serie II, S. 3 ff.). – *Lutz, J.*: Kinderpsychiatrie. Zürich (1968<sup>3</sup>). – *Maeder, A.*: Studien über Kurzpsychotherapie. Stuttgart 1963. – *Malan, D.H.*: Psychoanalytische Kurztherapie. Eine kritische Untersuchung. Bonn 1965. – *Meyer, R.*: Stationäre Kurzpsychotherapie eines Patienten mit psychogener Schlafsucht. In: *Materialien zur Psychoanalyse und analytisch orientierten Psychotherapie*. Göttingen/Zürich 1975, Heft 6, S. 3 ff. – *Richter, H.-E.*: Eltern, Kind und Neurose. Psychoanalyse der kindlichen Rolle. Stuttgart (1963). – *Schenk-Danzinger, L.*: Handbuch der Legasthenie im Kindesalter. Weinheim/Basel (1917<sup>2</sup>, zit. bei *Graichen, J.*). – *Zulliger, H.*: Heilende Kräfte im kindlichen Spiel (1951) zit. nach Fischer Tb, Frankfurt/M. (1970).

Anshr. d. Verf.: Dr. phil. Hans-Ulrich Nievergelt, Dietlikerstraße 41. CH-8302 Kloten-Zürich.